

лиза, но при наличии косвенных клинических признаков неклостридиальной анаэробной инфекции в язве или очаге экземы (обильное отделяемое с неприятным запахом), целесообразно назначение вышеуказанных комбинированных препаратов.

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Рудакова И.Н., Грязнов С.В.

ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Рязанский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
г. Рязань, Российская Федерация*

Актуальность. В последнее время большое внимание уделяется роли эндотелия и, соответственно, эндотелиальной дисфункции в развитии патологии сосудов, методам оценки функции эндотелия и возможностям ее коррекции. Биохимические маркеры дисфункции эндотелия остаются, зачастую, доступны лишь в рамках исследовательских программ и на базе крупных клинических больниц. Тем актуальнее становится внедрение функциональных методов оценки функции эндотелия.

Цель. Оценить показатель функции эндотелия у пациентов с посттромбофлебитическим синдромом нижних конечностей.

Материал и методы. В исследование включено 56 пациентов и 21 здоровый доброволец. Наблюдение велось в течение 6 месяцев с момента развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей и в процессе формирования различных форм посттромбофлебитического синдрома (ПТФС). Пациенты были разделены на группы с поражением подвздошно-бедренного и бедренно-подколенного сегментов. В каждой группе были выделены 2 подгруппы. Первая подгруппа получала антикоагулянтную, дезагрегантную и компрессионную терапию. Вторая подгруппа дополнительно получала микронизированную очищенную фракцию флавоноидов (МОФФ). Функция эндотелия оценивалась при помощи компьютерной фотоплетизмографии при проведении пробы с пережатием плечевой артерии. Результатом явилась кривая плетизмограммы. Компьютерная оценка кривой позволила рассчитать интегральный показатель функции эндотелия (ПФЭ).

Результаты и обсуждение. Выявлено, что при тромбозе глубоких вен ПФЭ значительно снижен по сравнению с результатами, полученными у здоровых добровольцев. Проводимая стандартная консервативная терапия приводит к увеличению показателя функции эндотелия. Обнаружено что, введение в курс лечения МОФФ ведет к увеличению значений показателя функции эндотелия, при этом наиболее интенсивный прирост показателей отмечается к 3 и 6 месяцу

непрерывного приема препаратов, что обосновывает их длительный курс у данной категории пациентов. Отмечено, что чем более протяженный сегмент вен вовлечен в патологический процесс, тем ниже ПФЭ. Отек конечности, как один из наи-более частых симптомов венозной недостаточности при ПТФС, на фоне проводимого лечения с применением МОФФ, наблюдался у меньшего количества пациентов.

Выводы. 1. Метод компьютерной фотоплетизмографии позволяет произвести оценку функции эндотелия у пациентов с ПТФС и выполнять наблюдение за ПФЭ в динамике. 2. Назначение МОФФ ведет к приросту ПФЭ, коррекции функции эндотелия, уменьшению симптомов венозной недостаточности.

**Калинин Р.Е., Сучков И.А.,
Пшенников А.С., Шанаев И.Н.**

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН В ПАТОГЕНЕЗЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

*Рязанский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
г. Рязань, Российская Федерация*

Актуальность. Согласно классическим представлениям основными звеньями патогенеза при ВБВНК считаются поверхностный, горизонтальный, глубокий вертикальный рефлюксы. При этом большинство авторов считают, что рефлюкс по перфорантным венам является вторичным по отношению к поверхностным (результатом перегрузки избыточным объемом крови в поверхностных венах). Наиболее часто поражаются перфорантные вены Коккет III, II. (М.П. Потапов и соавторы 2013, Labropoulos N. 2006, Б.С. Суковатых и соавторы, 2014). Интересно, что именно эти вены являются главной причиной развития трофических изменений при варикозной болезни (Додд, Коккет 1956). А также, что при рецидивах варикозной болезни, наиболее часто встречаются несостоятельные перфорантные вены средней и нижней трети голени (А.А. Царегородцев 2008).

Цель. Уточнить особенности строения перфорантных вен голени, обуславливающие их наибольшую значимость в патогенезе ВБВНК.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 50 нижних конечностей, без признаков хронической венозной недостаточности. Выделенную у лодыжки V.s.m. контрастировали желатином синего цвета введенным в антеградном и ретроградном направлении, затем осуществляли препарирование, перфорантные вены брались на держалки, прослеживались до места впадения в магистральные вены голени.

Результаты и обсуждение. 1. Перфорантные вены переднеболюшеберцовой группы располагались на передней и латеральной поверхностях

голении. Их насчитывалось от 3 до 7. Соединяли, главным образом, переднюю арочную ветвь и ее притоки с переднебольшеберцовыми венами. 2. Перфорантные вены заднебольшеберцовой группы располагались, главным образом, на медиальной поверхности голени. Их насчитывалось от 3 до 8, локализовались преимущественно по линии Линтона — 2 см. от медиального края большеберцовой кости на всем протяжении голени. Наиболее постоянными и крупными являлись перфорантные вены дистальной части голени (группы Коккета). Наиболее постоянными были, располагающиеся на расстоянии до 7 см, 7-10 см, 12-16 см от нижнего края медиальной лодыжки. Перфорант, располагавшийся на расстоянии 12 — 16 см, расценивался как перфорант Коккет III. Длина субфасциального участка — от 2,5 до 4 см. Угол впадения составил 45°. Перфорант, располагавшийся на расстоянии 7-10 см, расценивался как перфорант Коккет II. 3. Перфорантные вены малоберцовой группы располагались на латеральной поверхности голени. Их насчитывалось от 4 до 6. 60% обнаруженных перфорантов являлись самостоятельно дренирующими кожу и подкожную клетчатку сосудами малого диаметра, 16% соединялись с притоками малой подкожной вены, 24% напрямую соединяли малоберцовые вены с малой подкожной веной. Угол впадения для всех перфорантов средней и нижней части голени составил 45°. 4. Непрямые перфорантные вены голени были очень обширно распространены, наиболее крупные (1,5 мм и более) локализовались в средней трети голени по латеральной и задней поверхностям. Наиболее крупные среди латеральных (~ 2 мм) располагались на уровне перехода m.soleus в Ахиллово сухожилие.

Почему наиболее часто развивается несостоятельность перфорантных вен Коккета? Как известно, латеральные и медиальные подошвенные вены стопы по выходу из пяточного канала формируют 2 ствола заднебольшеберцовых вен. В нижней трети эти вены проходят между глубокими сгибателями и глубоким листком фасции голени, который очень прочен в этой части и для перфорантов в нижней части является фактором поддержки. В средней и верхней трети листок фасции не так прочен, кроме того 82 % перфорантных вен Коккет III прободают этот листок, а в условиях повышенной гемодинамической нагрузки это является фактором риска для развития несостоятельности на фоне перегрузки объемом. Почему именно перфорантные вены Коккета обуславливают развитие трофических изменений? Во-первых, они являются самыми крупными среди перфорантных вен голени. Во-вторых, они являются самостоятельно дренирующими сосудами области медиальной лодыжки. В-третьих, именно у перфорантных вен группы Коккета, имеется связь с суральными венами, что создает выброс дополнительного повреждающего объема крови при несостоятельности клапанов. Эта особенность подтверждается еще и характерным острым углом впадения для этих вен. Учет угла впадения в магистральные вены голени имеет клиническое значение. Самым неблагоприятным является вариант впадения под

острым или прямым углом. При этом струя крови выбрасываемая икроножными мышцами идет по току крови и давление может возрастать до 180 мм.рт.ст. (П.Г. Швальб, 1972 г.)

Почему именно перфорантные вены средней и нижней трети голени наиболее часто встречаются при рецидивах: варикозной болезни? Объяснение, скорее всего, кроется именно в строении перфорантных вен на эпифасциальном и субфасциальном участке. Перфорантные вены «не уйдут на зонде Бэбкокка» если нет прямой связи с БПВ. При субфасциальных методах лигирования (SEPS, радиочастотная абляция под контролем эндоскопа или дистанционное лигирование по методу J. Edwards) главной особенностью будет являться взаимоотношение с глубоким листком фасции голени.

Выводы. 1. Прямые и не прямые перфорантные вены — это самостоятельно дренирующие определенный участок покровных тканей сосуды. 2. Наиболее клинически значимыми следует считать связанные с суральными венами и локализованные в средней трети голени. Самыми незащищенными к действию поверхностного рефлюкса, с позиции анатомии, следует считать перфорантные вены Коккет III, II. 3. Перфоранты медиальной поверхности дистальной части голени, никогда «не уйдут» со стволем большой подкожной вены на зонде Бэбкокка при проведении оперативного лечения, для лигирования они требуют дополнительных доступов. 4. Взаимоотношение прямых перфорантных вен заднебольшеберцовой и отчасти малоберцовой групп с глубоким листком фасции голени — определяющий фактор для эффективной визуализации и лигирования этих вен.

**Каторкин С.Е., Мельников М.А.,
Кушнарчук М.Ю., Сизоненко Я.В.**

ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕНОЗНОГО КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМА

**Самарский государственный
медицинский университет,
г. Самара, Российская Федерация**

Актуальность. Циркулярное распространение липодерматосклероза и трофических язв (ТЯ) в сочетании с нарушениями кровообращения и лимфодренажа у пациентов с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) приводит к хроническому мышечному, ишемическому и неврологическому дефициту. Несмотря на то, что хронический венозный компартмент синдром (ХВКС) часто носит умеренный, рекуррентный характер, отсутствие его адекватной диагностики и коррекции обуславливает неудовлетворительные отдаленные функциональные результаты лечения.

Цель. Оптимизация результатов лечения пациентов с ХЗВ нижних конечностей за счет диагностики и оперативной коррекции хронического